Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Rynek główny Nr. 45

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmuje: w Krakowie Administracyja a w Paryżu p. Adam, 2 Carrefour de la Croix rouge, wynosi za wiérsz drobny (petit) lub jego miejsce po 5 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Redaktor główny: Prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują. Administracyja i księgarnia L. Krzyżanowskiego w Krakowie, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, w Warszawie księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w Poznaniu księgarnia p. M. Leitgebra i spółki, w Paryżu p. Adam, 2, Carrefour de la Croix rouge.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:		w Austryi	w Król. Polskiém i Ces. Ros.	w Niemczech	we Francyi
	Rocznie	8 złr. 80 c.	6 rsr.	18 mk.	24 fr.
	Półrocznie	4 „ 40 „	3 „	9 „	12 „
	Kwartalnie	2 „ 20 „	1½ „	4½ „	6 „

Kraków, 26 kwietnia 1879. № 17. Rok XVIII.

I. O martwinie fosforowéj.

Napisał Dr. **Rydygier**, docent chirurgii w Jenie.

Trudno znaleść dogodniejsze miejsce od Jeny, jeżeli się chcemy zapoznać bliżéj z martwiną fosforową. Służy ku temu celowi nader obfity zbiór preparatów tyczących się tego przedmiotu, daléj ciągła obecność chorych odpowiednich na naszéj klinice chirurgicznéj. Nawet teraz jeszcze, kiedy gdzieindziéj chorobę tę rzadko już tylko natrafiamy *), w klinice naszéj leczyło się niemal zawsze 4 — 6 chorych z martwiną fosforową; nadto mieliśmy częstą sposobność badania chorych już przed dłuższym czasem operowanych i przekonania się o ostatecznych skutkach leczenia. Tym okolicznościom, a nie mniéj i łaskawym wskazówkom tajnego radcy dworu Rieda, za które mu niniejszém publiczne dzięki składam, zawdzięczam, że w stosunkowo krótkim czasie dokładnie poznałem chorobę, znaną mi dawniéj tylko z opisu, bo ani w czasie moich studyjów, ani późniéj nie widziałem ani jednego przypadku martwiny fosforowéj na klinikach w Gryfii, Berlinie, Strasburgu, Warszawie i Wiedniu. Przyczyny tego szukać winniśmy, jak to już na wstępie się rzekło, w coraz to rzadszém pojawianiu się téj choroby. Ze względu na to, że może już w najbliższéj przyszłości, bądź w skutek ściśle przeprowadzonych środków zaradczych, bądź też w skutek coraz zmniejszającéj się fabrykacyi zapałek fosforowych, martwina fosforowa zupełnie zniknie, pozwolę sobie, jakby na pożegnanie, chorobę tę dokładniéj opisać, prostując tu i owdzie dotychczas panujące błędy, to znowu usuwając niektóre wątpliwości. Oprócz tego jeszcze jeden cel pragnąłbym osiągnąć przez ogłoszenie méj pracy, cel bezwątpienia nie mniéj ważny od pierwszego. Zalecając powyżéj Jenę, jako miejsce przedewszystkiém odpowiednie do studyjów nad martwiną fosforową, wcale nie utrzymuję, że częste pojawianie się téj choroby zależy od szczególnego usposobienia mieszkańców tutejszych, lecz od osobliwszych warunków zewnętrznych sprzyjających częstemu zapadaniu na tę chorobę. Na te to zewnętrzne stosunki chciałbym publiczną zwrócić uwagę, żeby tym może sposobem nakłonić odnośne koła do zaradzenia smutnemu położeniu rzeczy, chociaż już i Ried pod tym względem co było można uczynił. Sądzę, że tylko trudność usunięcia téj biedy spóźniła przeprowadzenie środków zaradczych. Niestety kwitnie tu jeszcze w lesie turyngskim t. zw. dzika fabrykacyja, tj. rodziny pojedyncze wyrabiają zapałki fosforowe u siebie w domu, gdzie jedzą, mieszkają i sypiają. Kiedy uwagę chorych zwracaliśmy na to, że podobném zatrudnieniem nie tylko swoje zdrowie, ale nawet życie rujnują, o czém przecież powinni wiedzieć, mając liczne przykłady na rodzicach i rodzeństwie, otrzymywaliśmy często tę tylko odpowiedź, że z głodu umierać jest jeszcze gorzéj. Niestety nieraz położenie tych ludzi rzeczywiście było tak smutne, że żadnéj innéj pracy dla siebie i swoich nie mogli znaleść. O odpowiednią pracę dla tych ludzi się wystarać, a tém samém od powolnego zabijania się ich uwolnić, jest koniecznem zadaniem państwa. Wiem dobrze, że podobne zadanie nie jest łatwe do wykonania, ale mimo to należy podjąć się takowego. Państwo postarało się, żeby odpowiedniemi, surowemi, ale słusznemi przepisami prawnemi uchronić robotników po fabrykach od téj choroby, (chociaż przepisy te niemało kosztów nałożyły na właścicieli fabryk), czemużby państwo tam, gdzie samo ma podjąć ofiary, w równy sposób nie miało się starać o swoich poddanych?

Warunki powstawania i przyczyny. Martwina fosforowa jest względnie nową chorobą, powstała dopiero razem z fabrykacyją zapałek fosforowych, a dokładniéj znaną jest dopiero od lat mniéj więcéj 30tu. (Pierwsze rozprawy pojawiły się w 4tym dziesiątku bieżącego stulecia (Lorinser, Heyfelder.) Nie wszyscy robotnicy przy fabrykach zapałek fosforowych w równym stopniu są narażeni na niebezpieczeń-

*) Langenbeck, „*Ueber Knochenneubildung nach Unterkieferresectionen, Langenbecks Arch. t. 22. pag. 498*" wspomina np. że od 1864 r. w swojéj klinice dzięki lepszemu przewietrzaniu fabryk zaledwie jeden przypadek widział; zdaje się, — mówi — że w niezadługim czasie martwina fosforowa zupełnie zniknie.

stwo, bo też nie wszyscy w równym stopniu stykają się z szkodliwym przedmiotem, tj. fosforem, względnie z jego połączeniami. I tak np. ci, którzy strugają patyczki do zapałek, wcale nie są narażonymi na niebezpieczeństwo; o nich też poniżéj nie wspominamy. Jako dalsze zajęcia przy fabrykacyi zapałek fosforowych wymieniamy: maczanie patyczków w siarce, względnie w stearynie; robotnicy trudniący się wyłącznie tém zajęciem również wcale nie narażają się na niebezpieczeństwo, jeżeli tylko pracują w pokojach dokładnie od reszty oddzielonych. Dopiero przysposabianie masy fosforowéj, maczanie w niéj patyczków, suszenie, względnie wynoszenie suchych zapałek i wyjmowanie ich z pras, nakoniec pakowanie w pudełka, są niebezpieczne dla robotników stykających się przy tych czynnościach bezpośrednio z czynnikiem szkodliwym [1]).

Zwykle podają autorowie, że najniebezpieczniejszém zatrudnieniem jest maczanie patyczków w masie fosforowéj. Tak np. powiada Pappenheim (l. c.) „Przy tém zatrudnieniu najczęściéj powstaje martwina szczęk“. Podobnie wyraża się Thiersch w rozprawie swéj *„de maxillarum necrosi phosphorica“: Imprimis autem periculosum est, lignorum capita phosphoro soluto tingere*“. Sądzę, że zatrudnienie wspomniane dla tego tak często chorobę wywołuje, że przy niém robotnicy najwięcéj i najdłużéj narażają się na zgubny wpływ pary fosforowéj. Namieniam tylko, że niezawsze maczanie w równym stopniu jest niebezpieczném; nie mało zależy na przysposobieniu używanéj masy fosforowéj: masy fosforowéj rozrobionéj w rozczynie gumowym można używać na zimno do maczania; z klejem zaś rozrobionéj tylko na ciepło. Rozumie się, że ostatnia znacznie bardziéj paruje, a tém samém też znacznie jest niebezpieczniejszą; z tego to powodu istnieją niemal we wszystkich okolicach, gdzie mieszkańcy trudnią się fabrykacyją zapałek, prawne przepisy, że nie wolno używać do rozrabiania masy fosforowéj kleju, tylko gumy arabskiéj lub tragankowéj. Zbyteczna dodawać, że fabrykacyja dzika o wiele jest niebezpieczniejszą, aniżeli którekolwiekbądź z powyższych zatrudnień we fabrykach. Autorowie inni z pewnością dla tego tylko o niéj nie wspominają, bo razem z Pappenheimem przypuszczają, że nigdzie już takie zajęcie nie istnieje. Pappenheim bowiem powiada (l. c. pag. 522): „Dawniéj zajmowano się nie tylko we fabrykach, ale także po domach robieniem zapałek“; niestety jeszcze dotychczas tak bywa.

Najbliższéj przyczyny martwiny fosforowéj dotychczas nieznamy dokładnie. Ogólnie uważają powietrze nasycone parą fosforową za szkodliwy czynnik wywołujący tę chorobę. Nie wiemy atoli na pewno, czy to drobne cząsteczki fosforowe, czy kwas fosforowy lub fosforawy, lub inne jakieś związki fosforowe wywierają wpływ szkodliwy. Obwiniają nawet o to ozon wytwarzający się pod wpływem fosforu z tlenu powietrza, co jednakowoż najmniéj zdaje się być prawdopodobném. Nie mniéj wątpliwym jest dotychczas bliższy sposób działania czynnika szkodliwego, a mianowicie nie zgodzono się jeszcze na to, czy związki fosforowe miejscowo działają na miejsce późniéj martwinie ulegające, lub też wywołują najprzód skazę ogólną umiejscowiającą się późniéj w szczękach, niejako w miejscu *minoris resistentiae*. Zwolennicy ostatniéj teoryi przywodzą ku stwierdzeniu swego zdania, że robotnicy już dłuższy czas przedtém, zanim zachorują na martwinę szczęk, popadają w charłactwo, albo że przynajmniéj razem z cierpieniem miejscowém występuje charłactwo ogólne. Nadto twierdzą, że robotnicy zawsze dłuższy już czas pracują we fabrykach zapałek fosforowych, zanim zachorują na martwinę szczęk; czas ten przydłuższy potrzebny jest według nich do przesiąknięcia ustroju jadem. Wywody powyższe wcale nie są słuszne; najprzód często natrafiamy chorych na martwinę fosforową zresztą zupełnie dobrze wyglądających, jak to na końcu wykażę w opisach choroby (cfr. opis 1, 2, 6 i 7). A nawet gdyby rzeczywiście martwina fosforowa częściéj razem z cierpieniem ogólném się pojawiała, to okoliczność tę możnaby jeszcze tłumaczyć w ten sposób, że ludzie słabowici w ogóle mniéj znoszą a tém samém prędzéj cierpią od złego wpływu pary fosforowéj, ztąd też właśnie u nich częściéj się ta choroba pojawia. Z takiego to stanowiska zapatrując się na rzecz tę przepisano w Bawaryi, ażeby robotników słabowitych nie przyjmowano do fabryk zapałek fosforowych, a zwłaszcza aby do rozrabiania masy fosforowéj, do maczania i suszenia, tylko silnych używano ludzi. Znaną jest przecież także rzeczą, że suchotnicy często ulegają martwinie fosforowéj; nie należy tego faktu w ten sposób tłumaczyć, jakoby para fosforowa najprzód ogólne cierpienie, a zatém pomiędzy innemi i gruźlicę wywoływała, a dopiero późniéj miejscową chorobę. Przeciwnie rzeczy mają się prawdopodobnie tak: że albo obie choroby istnieją niezależnie obok siebie, albo najprzód powstaje cierpienie miejscowe, martwina fosforowa, a dopiero późniéj w skutek wyziewów zgniłych i utrudnionego miejscowém cierpieniem odżywiania rozwija się powoli cierpienie płuc. Właśnie taki przebieg rzeczy nieraz spostrzegaliśmy, widzieliśmy nawet, że cierpienie płucne się zmniejszało po usunięciu cierpienia miejscowego, po wypiłowaniu szczęki martwéj i wydaleniu tym sposobem cuchnącego i zgniłego miejsca. Taki przebieg np. zaznaczyliśmy w 5 opisie choroby.

Cokolwiek dokładniéj nad kwestyją tą zastanowiliśmy się i rozpisali obszerniéj, bo nie małe ma znaczenie już jako taka, a zwłaszcza pod względem zapobiegawczym i leczniczym. Dowody zaś Wegnera, oparte na doświadczeniach na królikach, jakkolwiek bardzo cenne, może nie dla wszystkich są wystarczające. Wegner wsadzał na dłuższy czas króliki do miejsc zamkniętych napełnionych parą fosforową; niektóre z nich, i to mniejsza liczba, zachorowały rzeczywiście na martwinę szczęk, większości zaś oddychanie parą fosforową wcale nie szkodziło. Inaczéj rzeczy się miały, jeżeli królikom do doświadczenia użytym poprzednio kawałek błony śluzowéj i okostnéj ze szczęk wycięto, natenczas wszystkie zachorowały. Zapalenie okostnéj powstało nawet i na innych miejscach, np. na goleni, jeżeli królikowi znajdującemu się w miejscu napełnionem parą fosforową z goleni wycięto kawałek okostnéj i ranie przez częste rozdzieranie nie dozwolono się zagoić. Zapalenie okostnéj miało wtenczas wprawdzie tylko cechę zapalenia okostny kostniejącego *(ossificirende Periostitis)*, a nie martwinowego. Jakkolwiek doświadczenia powyższe dostatecznie zdają się dowodzić wpływu miejscowego pary fosforowéj, mimo to mogliby zwolennicy zakażenia ogólnego rzecz tak przedstawić, że właśnie wycięciem kawałka okostnéj i obnażeniem kości tworzymy miejsce *minoris resistentiae* i dla tego tylko częściéj i pewniéj króliki te chorują na martwinę. Łącząc atoli doświadczenie Wegnerowskie z naszemi wywodami opartemi na doświadczeniu, trudno przyznać słuszność takiemu tłumaczeniu otrzymanych wyników, a przypuścić trzeba, że prawdopodobnie martwina fosforowa w sku-

[1]) Szczegółowy opis powyższych zatrudnień znajdzie czytelnik w Pappenheima *Sanitätspolizei*, 2 nakład, II tom, pag. 520 i. n.

tek miejscowego wpływu pary fosforowej powstaje. Natenczas łatwo też sobie wytłumaczymy, dlaczego osoby z zębami naprόchniałemi najprędzéj i najczęściéj zapadają na tę chorobę. Znaną jest rzeczą, że spróchniałe korzenie i tak nieraz wywołują zapalenie okostnéj, a nadto siedząc luźno w zębodole ułatwiają przystęp parze szkodliwéj wprost do kości, podobnie jak to czynił Wegner przez wycinanie kawałków błony śluzowéj i okostnéj. Wypada mi namienić, że i osoby ze zdrowemi zupełnie zębami dostają martwiny fosforowéj, a nieraz nawet chorują już po niezbyt długiém zatrudnieniu w fabrykach. Przykład bardzo pod tym względem pouczający stanowi nasz 1 przypadek: dziewczyna już po 3 tygodniowém zatrudnieniu we fabryce zachorowała na martwinę, mimo że wstąpiła do fabryki ze zupełnie zdrowemi zębami; jest to zarazem przykład nadzwyczaj wczesnego wywiązania się choroby. Zwykle dopiero po dłuższém zatrudnieniu robotnicy zapadają; tak np. w 2 naszym przypadku po 6 latach, w 3 dopiero po 48, w 4 po 30, w 6 po 6, w 7 po 18, w 8 po 12 latach zatrudnienia. Zupełnie zgodnie z tém Pappenheim[1]) i Thiersch[2]) twierdzą, że robotnicy zwykle dopiero po kilku latach zatrudnienia na martwinę fosforową zapadają.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

[1]) Pappenheim l. c. pag. 523. „Martwina fosforowa atoli zwykle dopiero po kilkoletniéj pracy występuje".

[2]) Thiersch l. c. pag. 4. „*Satis memorabile est, operarios raro affici nisi post annum integrum, vel post annum et dimidium, etiamsi ab initio dentes minus sanos habuerint*".

II. O wyróżnianiu wrzodów wenerycznych części płciowych ze stanowiska klinicznego.

(Odczyt miany na posiedzeniu Tow. lek. krak.)

Przez Dra Zarewicza,
prymaryjusza oddz. wener. i skór.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16.)

Spostrzeżenia powyższe wraz z doświadczeniami Cullériera i Tarnowskiego jasno wykazują, że w pewnych razach pochwa niewieścia służyć może za chwilowe schronienie dla wydzieliny szankra lub wrzodu stwardniałego, niebędąc sama dotkniętą żadnym z powyższych cierpień, a tym sposobem pośredniczyć może w przeniesieniu tych chorób na inne osoby, czyli inaczéj mówiąc, kobieta udzielić może szankra lub kiły nie będąc niemi wcale dotkniętą.

Lubo do wytłumaczenia naszego przypadku niepotrzebujemy się uciekać do podobnego rodzaju faktów, posłużyć one jednak mogą do wyjaśnienia przypadków, w których konfrontacyja przy uwzględnieniu wszelkich możliwych ewentualności dała wynik zupełnie ujemny.

Po tém krótkiém odstąpieniu od rzeczy powrócmy do właściwego tematu dzisiejszego odczytu.

Mówiłem Panom, że wrzód stwardniały w pierwszych dniach swego istnienia niczém się nie różni od zwykłéj ekskoryjacyi i że z téj przyczyny rozpoznanie nasze nie może być stanowczém. Jeżeli jednak ekskoryjacyja ta przy czystości, stosowaniu lekkich środków ściągających i odpowiedniém zachowaniu się ze strony chorego, nietylko że nie okazuje żadnéj dążności do gojenia się, ale przeciwnie w następnych kilku dniach nawet się zwiększyła, natenczas możemy przypuścić, że zmiana, którą przed sobą mamy, jest rozpoczynającym się wrzodem stwardniałym. Rozpoznanie jednak pozostać musi dopóty wątpliwém, dopóki około połowy 2go tygodnia niewystąpią objawy wrzód stwardniały stanowczo cechujące.

W tym czasie rozpoznanie wrzodu stwardniałego nieulega zazwyczaj żadnéj wątpliwości, mimo to jednak zdarzyć się mogą przypadki, w których rozpoznanie ich jest nieco utrudnioném.

Wiadomo, że wyglądanie wrzodów stwardniałych może być rozmaitém, wiadomo także, że wyglądanie to, tak jak każdego innego wrzodu, skutkiem rozmaitych wpływów a najczęściéj skutkiem niepowołanego a nadto nieodpowiedniego leczenia może być znacznie zmienioném; od wejrzenia zatém samego wrzodu lub od braku jednego z przypadów cechujących, z któremi zazwyczaj spotykamy się, zależeć będą trudności, jakie nasuwać się mogą i jakie nam zwalczać przychodzi.

Pominąwszy te rzadkie przypadki, w których wrzód stwardniały występuje pod postacią nacieku płaskiego, lekko nad powierzchnią skóry wyniosłego, barwy brunatno-czerwonéj, kształtu okrągłego lub owalnego, na powierzchni cienką warstewką łusek szarawych pokrytego, o podstawie zbitéj, elastycznéj, nacieku, który ustępuje zawsze przez wessanie, wrzód stwardniały występuje pod dwojaką postacią: albo 1) jako ekskoryjacyja, albo 2) jako wrzód mniéj lub więcéj w głąb drążący.

Wrzód stwardniały, występujący pod pierwszą postacią, przedstawia się, jak to dokładnie wiadomo, jako ściśle ograniczona mniéj lub więcéj rozległa ekskoryjacyja, któréj powierzchnia gładka, ciemno-czerwona, czasem drobnemi ciemniejszemi wynaczynionkami miąższowemi ubarwiona, pokryta jest skąpą, rzadką, łatwo zasychającą wydzieliną. Kształt téj ekskoryjacyi bywa najczęściéj okrągły lub owalny, jéj podstawa jest chrząstkowato zbitą, a obok tego elastyczną, stwardniałą i o wiele częściéj w płaszczyznie rozpostartą aniżeli półkolistą.

Stwardniałość jednak może być tak nieznaczną, (jak tego częste mamy dowody u kobiet, szczególniéj gdy wrzody usadowione są na spoidle dolném), iż z łatwością ujść może uwadze badającego. Stwardniałość ustępuje dopiero ostatecznie bez względu na to, czy chory jest leczonym lub nie, przez wessanie, tracąc zwolna na konsystencyi, a w miejscu swéj siedziby pozostawia ciemne zabarwienie skóry, które z czasem w zupełności ginie.

Jeżeli zdarzy nam się spotkać wrzód stwardniały w pierwszych jego początkach, zauważyć możemy, że ekskoryjacyja otoczona jest wąską opaską zcieńczałego, zanikowi ulegającego przybłonka, który swém szarawem ubarwieniem wybitnie odróżnia się od warstwy na zewnątrz położonéj przybłonka, nieuległego jeszcze żadnéj zmianie. Przypad ten jest objawem zwolna postępującego rozpadu, a wydarza się najczęściéj tam, gdzie stwardniała podstawa ma kształt półkolisty, która niemal zawsze rozmiarami swemi przekracza ekskoryjowaną powierzchnię wrzodu.

Tkanki otaczające wrzód stwardniały pod tą formą występujący, nie okazują żadnego zaczerwienienia, żadnéj w ogóle reakcyi, z wyjątkiem pewnych przypadkowych komplikacyj, do wywołania których obecność wrzodu stwardniałego pośrednio się tylko przyczyniła. Wrzód stwardniały jest to ciało obce, jest to nowotwór w pośród tkanek złożony.

W każdym przypadku wrzodu stwardniałego, choćby

najłagodniéj występującego, badając pachwiny wyśledzić możemy w jednéj lub w obu powiększenie co najmniéj jednego, zazwyczaj zaś kilku na raz gruczołów chłonnych. Zwiększenie to, szczególniéj u ludzi źle odżywionych, niedokrewnych, w ogóle dotkniętych już poprzednio jakąkolwiek skazą krwi, dojść może do kolosalnych rozmiarów, tak iż już samym wzrokiem u pacyjenta obnażonego takowe z łatwością spostrzedz możemy. Gruczoły te są niebolesne, skóra pokrywająca je prawidłowa, z łatwością w fałd ująć się dająca, konsystencyja ich chrząstkowato twarda.

W niektórych razach, szczególniéj u ludzi na znaczne trudy narażonych, a przytém źle żywionych, a więc przeważnie u klasy roboczéj, tkanka okalająca gruczoły ulegać może zapaleniu, skóra natenczas spaja się z gruczołem, czerwienieje, obrzmiewa, a w końcu może nawet uledz zropieniu.

Wrzód stwardniały występujący pod postacią ekskoryjacyi zawdzięcza najczęściéj powstanie swoje zmianom kiły wczesnéj i miewa zwykle dłuższy okres wylęgania.

Oto w zarysie objawy cechujące wrzód stwardniały, pod najczęstszą formą tj. pod postacią ekskoryjacyi występujący. Jeżeli teraz zapytacie mnie Panowie: czém ta forma wrzodu stwardniałego odróżnia się od szankra? odpowiem Wam, że niczém! Cechy bowiem szankra tak są od niéj odmienne, iż najmniejszego między niemi niema podobieństwa; wrzody stwardniałe mogące być z szankrem zamienione należą do drugiej postaci, pod którą występować mogą, a o któréj później mówić będę.

Jeżeli zatém wrzód stwardniały występuje pod postacią ekskoryjacyi, może być przedewszystkiém zamienionym ze zwykłą ekskoryjacyją z jakiejkolwiek przyczyny powstałą.

Jakkolwiek to może Panom wyda się nieprawdopodobném, znachodzą się jednakże ludzie, którzy na częściach płciowych wywołują sobie z umysłu mniéj lub więcéj rozległe rany. Ludzie, tego rodzaju czynu dopuszczający się, są to prostytutki najniższego rzędu, lub w ogóle kobiety za włóczęgostwo do aresztu oddane. W celu chwilowego uwolnienia się od wymierzonéj kary wywołują one sobie przez nacieranie wapnem, piaskiem a często nawet paznogciami, na wewnętrznéj stronie warg wstydliwych mniejszych, mniéj lub więcéj rozległe rany. Obowiązkiem jest, tak lekarza szpitalnego jako też i policyjnego, być dokładnie z temi zmianami obeznanym.

Pozwólcie Panowie, iż spotykając się często ze sztucznemi ekskoryjacyjami takowe Panom opiszę, do czego się tém mocniéj poczuwam, iż z opisami takowych nie zawsze i nie wszędzie spotkać się można. Otóż na wewnętrznéj stronie wargi wstydliwéj mniejszéj, zazwyczaj prawéj znachodzi się mniéj lub więcéj rozległa ekskoryjacyja, kształtu podłużnego, zawsze nieregularnego, pokryta szarawo-żółtą ściśle przylegającą wypociną; podstawa téj ekskoryjacyi nieokazuje żadnéj zbitości; ekskoryjacyja otoczona jest zazwyczaj na znacznéj przestrzeni zaczerwienioną błoną śluzową, a na około niéj napotyka się zazwyczaj kilka drobniejszych również nieregularnych ekskoryjacyj. Rozumie się, iż wiele zawisło od ciała użytego do wywołania tego rodzaju zmian, albowiem sztuczne ekskoryjacyje wywołane paznogciem będą się odmiennie przedstawiały. Paznogieć działa tutaj jak dłuto, kształt zatém rany zbliżonym będzie do figury trójkąta, zagłębienie rany u podstawy figury będzie najznaczniejsze, zaczerwienienie zaś tkanek do mniejszéj przestrzeni jest ograniczone, aniżeli tam, gdzie błonę śluzową piaskiem lub podobném ciałem nacierano.

Sam kształt sztucznie wywołanych ekskoryjacyj będący zawsze nieregularnym, winien zwrócić uwagę lekarza, badającego, iż w danym przypadku nie ma do czynienia z wrzodem stwardniałym lecz z cierpieniem sposobem mechanicznym wywołaném, lub w ogóle z przyczyn zewnętrznych powstałém; uwzględniając jednak wynik dalszego badania, jak brak zupełny stwardniałości podstawy tych zmian, brak cechującego zajęcia gruczołów chłonnych pachwinowych, stanowczo wykluczyć musimy obecność wrzodu stwardniałego. Do dalszych cech wyróżniających te zmiany od wrzodu stwardniałego policzyć należy: otaczające te zmiany rozległe zaczerwienienie błony śluzowéj warg wstydliwych mniejszych, które aczkolwiek znaczne w początkach, szybko jednak w następnych dniach bez śladu ustępuje, i rychłe gojenie się tych zmian pozostawionych pod wpływem saméj czystości i suchéj skubanki.

Prócz ekskoryjacyj umyślnie wywołanych spotykamy się bardzo często, tak u mężczyzn jak i u kobiet, z ekskoryjacyjami części płciowych, które powstały skutkiem szkodliwości zewnętrznych, niezawiśle jednak, że się tak wyrażę, od woli chorych.

Przyczyny powstawania tych ekskoryjacyj mogą być bardzo rozliczne, a względnie do przyczyny, któréj zawdzięczają powstanie swoje, różnić się one będą od siebie towarzyszącemi im objawami. Ponieważ jednak takowe aż nadto szan. kolegom są znane, a wyliczanie przyczyn i opisywanie ich objawów przekroczyłoby zakreślone granice niniejszego wykładu, dla tego sądzę, że śmiało pominąć je mogę i przystępuję wprost do podania głównych cech wyróżniających wrzód stwardniały od zwykłych ekskoryjacyj.

Przy odróżnianiu wrzodu stwardniałego występującego pod postacią ekskoryjacyi od zwykłych ekskoryjacyj, nie możemy polegać wyłącznie na jego wejrzeniu, a tém mniéj na jakości wydzieliny pokrywającéj jego powierzchnię, a wszędzie tak chętnie choć nieodpowiednio „słoninkowatą“ nazwaną, są to bowiem przypady, jak to już na samym wstępie wspomniałem, w wysokim stopniu zawisłe od wpływów zewnętrznych, a jako takie ulegające rozlicznym zmianom. Przypady te tém bardziéj pominąć możemy, iż przy wyróżnianiu wrzodów stwardniałych od ekskoryjacyj posługiwać się możemy innemi donioślejszemi przypadami, które zwykłym ekskoryjacyjom nie towarzyszą.

Cech tych posiadamy dwie, to jest: 1) stwardniałość podstawy wrzodu, 2) stan odpowiednich gruczołów chłonnych.

Jeżeli mamy przed sobą wrzód stwardniały, wtedy przy badaniu podstawy jego za pomocą dotyku doznajemy uczucia, które wyrazem technicznym jako stwardniałość oznaczamy. Jest to uczucie twardości z pewną elastycznością połączone, a w którém ze względu na konsystencyję upatrujemy słusznie pewne podobieństwo do chrząstki. Stwardniałość ta jest ściśle ograniczoną, ma kształt ciała obcego pod powierzchnią wrzodu złożonego, w niektórych jednak razach przekracza mniéj lub więcéj granice właściwego owrzodzenia. Kształt stwardniałości może być rozmaitym, przeważnie jednak napotykamy dwa kształty: jeden półkulisty, który już Bell porównywał do kształtu przeciętego grochu, drugi powierzchowny na podobieństwo cienkiéj blaszki pod powierzchnię wrzodu wsuniętéj, a którą Ricord trafnie nazwał stwardniałością pargaminową, a wrzody tego rodzaju stwardniałości okazujące: wrzodami stwardniałemi pargaminowemi.

Stwardniałość napotykamy prawie w każdym przypadku wrzodu stwardniałego, a jakkolwiek może być ona mniéj lub więcéj wybitną, to nawet najnieznaczniejsza stwardniałość winna w nas wzbudzić pewne podejrzenie i skłonić do dalszego badania, o którém wkrótce będą mówił.

(Ciąg dalszy nastąpi.)

III. Oceny i sprawozdania.

Dr. Oser (we Wiedniu): **Przyczynek do symptomatologii zwężeń jelitowych.**

Autor, podawszy historyję chorego na pierwotnego raka jelita cienkiego, z rozpoznaniém anat. patologiczném *„strictura carcinomatosa intestini tenuis, carcinoma gland. meseraicarum et peritonaei, pneumonia lobul.“* omawia poszczególne przypady, zasługujące na uwzględnienie:

1) Niezwykłe bodźce (*strictura carc. int. tenuis*) wywołują ruchy jelit, przeciwne ruchom robaczkowym. Autor nie rozstrzyga pytania spornego, czy istnieją ruchy przeciwrobaczkowe jelit, ale podaje, że u chorego poczynały się ruchy jelit w zatoce biodrowéj prawéj, a kończyły się w nadpępczu. Ruchy te były widoczne, namacalne, zresztą sam chory je uczuwał, (ruchy jelit w innéj okolicy brzucha były prawidłowe). Takie ruchy jelit każą szukać przyczyny swéj w ośrodkach, albo w obwodzie.

2) W celu dokładnego oznaczenia granic żołądka u chorego, podał Oser ostatniemu proszek burzący do zażycia (każdą część osobno) a żołądek wcale się nie rozdął wytworzonym gazem kw. węglowego, ale owszem pozostał w stanie niezmienionym co do swych granic; co naprowadziło autora na tę myśl, że wytworzony gaz CO_2 w żołądku uszedł do jelita cienkiego, nie powstrzymany przez odźwiernik.

Wydęcie żołądka w sposób powyższy da się uskutecznić, jeśli odźwiernik jest prawidłowy. W razie niedomykalności odźwiernika gaz CO_2 ujdzie do cienkiego jelita (rozszerzonego w danym przypadku w skutek zwężenia jelita cienkiego), granice zaś żołądka nie dadzą się oznaczyć dokładnie, lecz pozostaną in statu quo. Faktem tym posługiwać się można w danych razach w rozróżnieniu zwężenia odźwiernika a jelita cienkiego (zwłaszcza dwunastnicy). Jeśli mamy zwężenie jelita biodrowego, a rozszerzenie następowe powyżéj zwężenia nie dosięgło odźwiernika, to ostatni nie przepuści wytworzonego w żołądku gazu CO_2 do jelita cienkiego, wydęcie zatém żołądka łatwo w takim razie sprawić, jeśli zaś zwężenie jest w wyższych częściach jelita biodrowego, albo czczego, to wydęcie żołądka nie uda się.

3) Chory Osera wymiotował znaczną ilość cieczy czekoladowéj, wyglądu kałowego, obojętnie, albo kwaśno oddziaływającéj, zawierającéj resztki pokarmów niestrawionych, tłuszcz itd. a przy badaniu brzucha wyczuć i słyszeć można było przelewanie się cieczy, jak to zwykle ma miejsce w znacznie rozszerzonym żołądku. Że ciecz nie znajdowała się w jednym zbiorniku lecz w kilku, przekonał się Oser przez ułożenie chorego na lewy bok; albowiem i wtenczas wyraźnie wyczuć się dało przelewanie się cieczy w zatoce biodrowéj prawéj.

4) Badanie pośmiertne wykazało zarówno poniżéj jak i powyżéj zwężenia kał w jelicie cienkiém, co przemawia za tém, że miazga pokarmowa zatrzymująca się przez dłuższy czas w górnéj części jelita cienkiego, nabiera kałowego wyglądu, a zatém nawet wtenczas pojawić się mogą wymioty kałem, jeśli przeszkoda znajduje się w górnéj części jelita cienkiego.

5) Co 4—5 minut pojawiały się ruchy robaczkowe jelit, poczynające się w zatoce biodrowéj prawéj a kończące się w nadpępczu, poczém wracały znowu ku zatoce biodrowéj prawéj. Ruchy te poczynały się bez bólu a kończyły bólem. Zarysy jelit uwydatniały się przez ściany brzuszne podczas tych ruchów. Z końcem każdego ruchu powstawało przelewanie się cieczy, objawiające się jako szmer w całéj jamie brzusznéj.

6) Morfin zmniejszał bóle a chloral ruchy jelit. Elektryzowanie powłok brzusznych nie wywoływało skurczów jelit, podczas gdy takowe przez przyłożenie zimnéj ręki do brzucha albo odkrycie ostatniego natychmiast się pojawiały.

Inny przypadek tyczy się Rumuna, 39 lat liczącego, który przez 10 lat cierpiał na wzdęcie brzucha i gnuśne odbywanie kału, połączone naprzemian z biegunką i uporczywém zatrzymaniem. Przytém chudł chory, doznając utrudnienia w oddawaniu moczu (?) i bólu w kiszce odchodowéj. Zbadany nie okazywał innych zmian chorobowych prócz niedokrewności i znacznego wzdęcia brzucha, połączonego z wypchnięciem przepony ku górze itd. Chory, o którym mowa, był na dwa zawody na oddziale Osera, okazując te same przypady, a gdy niedokrewność znaczna coraz bardziéj postępowała, uległ chorobie wśród przypadów bardzo znacznéj biegunki i wyniszczenia. Sekcyja wykazała oprócz innych zmian znaczne rozszerzenie części esowatéj jelita biodrowego, a nadto obrócenie jéj naokoło własnéj osi na prawo o kąt prosty. Okrężnica zstępująca i poprzeczna tak były rozszerzone iż miały grubość ramienia. Przepona wypchnięta znacznie ku górze, upośledzała za życia czynność serca i płuc. Tak znaczne rozszerzenie zagięcia esowatego pociągnęło za sobą upośledzenie trawienia, odżywiania, zaczém wzmagała się niedokrewność, a nadto wątroba w skutek ucisku, wywołanego rozszerzonêm jelitem, uległa częściowemu zanikowi, a jelito cienkie do małéj miednicy zepchniętém zostało.

Oser omawia ten przypadek chorobowy głównie dlatego, że tak znaczne zmiany, które tylko sekcyja była w stanie wykazać, nie objawiały się za życia żadnemi innemi przypadami, jak tylko wzdęciem brzucha i postępującą niedokrewnością. Jakże więc trudném a najczęściéj niemożliwém jest rozpoznanie podobnych zmian za życia, gdy nadto ani zgłębnik, ani wlewanie znacznéj ilości wody przez jelito odchodowe nie są, albo tylko bardzo mało, do rozpoznania pomocnemi.

W innym przypadku, gdzie w obec przypadów zatrzymania kału u starszego człowieka, woda w ilości kilku litrów, wlana przez jelito odchodowe, zatrzymała się tamże przez 3 dni i dopiero 4go dnia odeszła z kałem i wiatrami, rozpoznał Oser skręcenie się *S romanum* około osi. Woda bowiem wstrzyknięta, jak twierdzi Oser, znajdowała się z pewnością w okrężnicy zstępującéj, gdy inne części przewodu pokarmowego były próżne, (poprzednie wstrzyknięcie wody sprawiło stolec po 48 godzinach), co więcéj w okolicy lewéj pachwiny, jakotéż wzdłuż przebiegu okrężnicy zstępującéj wyczuć można było słyszalne przelewanie się cieczy; woda zatém dostała się przez skręcone *S rom.* do okrężnicy zstępującéj, ale właśnie w skutek znacznego napełnienia ostatniéj *S romanum* skręciło się około swéj osi, stanowiąc przeszkodę dla wydobycia się treści jelit na zewnątrz.

Wreszcie wspomina Oser o chorym, który cierpiał dosyć często na zatrzymanje kału. Wstrzyknięcie 2 litrów wody dało się łatwo uskutecznić przy małém ciśnieniu. Oser rozpoznał zwężenie okrężnicy, a sekcyja wykazała *carcinoma recti*. W tym przypadku sztuka mimowoli uprzedziła przyrodę; albowiem przyspieszyła wstrzyknięciem jednego litra wody (podczas nieobecności Osera) przedziurawienie rakowato zwyrodniałego jelita. Oser twierdzi nakoniec, że cierpienia przewodu pokarmowego a w szczególności zwężenia, najczęściéj się zdarzają u Żydów. (*W. med. Blätter* 1879 Nr. 2—6). *Dr. M. Kramarzyński* (w Brzesku).

Prof. Arlt: **Przyczynek do etyjologii zapalenia rogówki**. Sprawozdanie Dra Henryka Blumenfelda w Badenie.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 16).

2) Iritis, Kyklitis, Chorioiditis z następową Keratitis. Jeżeli przy zap. tęczówki lub jagodówki tworzą się znaczne złogi na błonie Descemeta i przez długi czas się utrzymują, wtedy odpowiednia substancyja rogówkowa się przyćmiewa i równocześnie wytwarzają się w niéj pojedyńcze naczyńka. Rogówka wygląda w téj części jakby macerowana i jéj powierzchnia okazuje prócz zmniejszonego połysku także i nierówności. Z ustąpieniem cierpienia przyczynowego może i w rogówce nastąpić *restitutio ad integrum*. Autor zauważył podobną zmianę na rogówce w skutek długotrwałego przylegania soczewki wypadłéj do przedniéj komórki; przyćmienie rogówki utrzymało się mimo wydobycia szczęśliwego soczewki zwapniałéj. Zap. tęczówki i ciałka rzęskowego (szczególnie w połączeniu z zapaleniem twardówki) wywołuje zap. rogówki, objawiające się przyćmieniem, rozpulchnieniem tkaniny i wytwarzaniem się naczyń. Zmiany te występują początkowo jako ogniska pojedyncze na obwodzie rogówki, posuwają się następnie ku środkowi, którego jednak prawie nigdy nie dosięgają; ustępują z cierpieniem przyczynowém, zostawiają atoli czasem plamy i smugi niewyleczalne. Zapalenie ropne naczyniówki (przy ropnicy po ciężkich urazach) może czasem wywołać przedziurawienie rogówki; zwykle atoli toruje sobie ropa drogę przez białkówkę nawet w tych przypadkach, gdzie uraz przyczynowy nadwerężył rogówkę.

3) Przyćmienie i przymglenie rogówki podczas napadu zapalnego w jaskrze nie mają znaczenia zapalenia rogówki, są raczéj przypadami obrzęku ostrego i ustępują równocześnie z innemi przypadami zapalenia po kilku dniach. W późniejszym atoli okresie jaskry, kiedy już oko nie ma poczucia światła, tęczówka zanika, soczewka jest przyćmioną, występują często w środkowéj części rogówki, niewrażliwéj już na dotyk, zmiany szczególne. Rogówka przymglona okazuje bowiem powierzchnię nierówną i staje się miejscami jakby galaretowato nacieklą. Czasami przychodzi wśród przypadów zapalnych do nacieku ropnego i zniszczenia rogówki połączonego z krwotokiem z naczyniówki lub panophtalmitis (w następstwie).

1) Do przyczyn wywołujących zapalenie rogówki pierwotne, należą w pierwszym rzędzie urazy działające bądź mechanicznie, bądź chemicznie, bądź termicznie. Ciała obce, które do worka spojówkowego się dostały, rzęsy skierowane ku wewnątrz, złogi wapienne w torebkach gruczołów Meiboma (u osób starszych) drażniąc w sposób rozmaity rogówkę, wywołują zmiany odpowiednie. I tak powstaje częściowe złuszczenie przybłonka, jako zmiana najnieznaczniejsza, w innym przypadku przymglewa się rogówka, lub powstaje wrzód, czasami zaś wyżéj opisane modzelowate zgrubienie.

Ciała obce, tkwiące powierzchownie w rogówce, sprawiają najczęściéj światłowstręt, łzawienie a nawet kurcz powiek. Czasem powstaje naokoło ciała obcego lekkie zamglenie z wytwarzaniem się naczyń, nie przychodzi jednak prawie nigdy do zapalenia z owrzodzeniem. Ciała obce, tkwiące w saméj tkaninie rogówkowéj, wywołują już zmiany znaczniejsze. W przeciągu kilku dni powstaje naokoło ciała obcego obwódka wypocinowa a następnie ropienie, które prowadzić może do wytwarzania się wrzodu głębokiego, do zapalenia tęczówki (*cum aut sine hypopio*) i do dalszych jego następstw. Powierzchowne zadraśnięcia i ekskoryjacyje rogówki (przybłonka i błony Bowmana) wywołują wprawdzie w skutek odsłonięcia nerwów rogówkowych znaczne bóle, światłowstręt, łzawienie i nastrzykanie rzęskowe, nie stanowią jednak prawie nigdy przyczyny większych zmian, chyba że nastąpiły wśród silnego wstrząśnienia lub ugniecenia rogówki; przypady te ustępują zwykle szybko pod zimnemi okładami. Ciekawe są atoli przypadki, w których po upływie kilku tygodni wszystkie opisane przypady bez dalszéj ponownéj przyczyny wracają. Taką recydywę możnaby uważać za newralgiję, gdyby bóle, zaczerwienienie, łzawienie nie utrzymywały się ustawicznie przez kilka dni, i gdyby nie można przy dokładném badaniu zawsze odkryć zadraśnięcia lub złuszczenia na rogówce. Autor zaleca w tych przypadkach opaskę na oko, którą przez dłuższy czas nosić należy. Co do ran głębokich lub przeszywających rogówkę, wiadomą jest rzeczą, że wywołują tém łatwiéj zapalenie ropne, im więcéj się oddalają od czystych ran kłótych lub ciętych, że rany zanieczyszczone lub powstałe wskutek ugniotu lub szarpnięcia, jakoteż rany, których brzegi w okresie sklejania w skutek jakiego wpływu zewnętrznego znowu się rozstąpiły, zawsze do mniéj lub więcéj znacznego ropienia prowadzą. Wypadnięcie tęczówki lub ciałka szklanego nie wyklucza możebności gojenia się *per primam*. Wiek i usposobienie chorego wywierają zresztą znaczny wpływ na przebieg cierpienia. Urazy, polegające na silnym ugniocie lub wstrząśnieniu, stają się przeważnie przyczyną ropnia lub wrzodu, przyjmującego prawie zawsze kształt okrągły.

Urazy, działające na tkaninę rogówkową w sposób chemiczny lub termiczny wywołują zmiany rozmaite, począwszy od przemijającéj utraty przybłonka lub przeźroczystości do znekrotyzowania części lub całéj rogówki.

2) Objawy zapalne, występujące na rogówce przy skrzydełku (*pterygium*), zwykle zawdzięczają początek szkodliwościom, działającym przez dłuższy czas niespostrzeżenie na spojówkę i część rogówki graniczącą z brzegiem wystawioną przy otwartéj szparze powiekowéj na wpływ powietrza zanieczyszczonego. Skrzydełka w ten sposób powstałe znajdują się też najczęściéj po stronie nosowéj, rzadziéj skroniowéj oka. Przy téj sposobności wspomina autor, że zauważył w ostatnich latach skrzydełka (u osób starszych), których szczyty skierowane były od wewnątrz na zewnątrz i ku górze. Przypadki te dowodzą, że nie należy przypisywać żadnego wpływu kierunkowi działania m. prostego na tworzenie się skrzydełka.

(Dokończenie nastąpi.)

Lindemann (Münster): **Przyczynek do leczenia karbunkułu wargi górnéj.**

Gdy L. po trzykroć zrobił doświadczenie, że w skutek karbunkułu usadowionego na wardze górnéj, pomimo energicznéj dotychczas używanéj terapii, tj. głębokiego i rozległego nacięcia i podawania wewnętrznie środków podniecających, nastąpiła śmierć, i gdy w czwartym przypadku choroba pomimo nacięć zaczęła podobnie przebiegać jak w poprzednich, zastósował liczne nakłócia za pomocą tenotomu, obok śródmiąższowych wstrzykiwań 2%owego roztworu kwasu karbolowego za pomocą strzykawki Pravaza, któréj kolec wbijał na krańcach twardéj powierzchni z kierunkiem ukośnym ku środkowi. Z początku wstrzykiwał co godzinę, na drugi dzień co 3 godziny a trzeciego dnia już nie było potrzeby wstrzykiwań, gdyż twardość deskowata zmiękła, brzegi nacięć do siebie się zbliżyły, a co najważniejsza, że w dalszym przebiegu wcale do rozpadu nie przyszło. (*Archiv. f. klin. Chirurgie* XIII. 4). *A. O.*

Prof. Navratil (Budapeszt): **Organtyn jako materyjał do oprawy ustalającéj.**

Zauważywszy, że opaski organtynowe, używane do ostatecznego utwierdzenia oprawy Listrowéj, zazwyczaj tworzą rodzaj oprawy ustalającéj (*Contentiv-verband*), użył N. tychże i w innych przypadkach zamiast opasek gipsowych itp. Z 30 przypadków zapaleń różnych stawów większych i mniejszych, złamań odnóg dolnych i górnych itp., przytoczonych przez autora, nabiera się razem z nim przekonania, że oprawa taka jest nie tylko wystarczającą, ale nadto odznacza się swoją lekkością, taniością i nader łatwym sposobem odjęcia, bo przez odmoczenie. Również skuteczną okazała się jako oprawa na jądra zamiast plastrów Frickego. (*Centralblatt f. Chirurgie. Orig. Mttg.* Nr. 13). *A. O.*

IV. Posiedzenia Towarzystw.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie VII. z dnia 2go kwietnia 1879 roku.

Przewodniczący kol. Sciborowski. Obecnych członków czynnych 15, członek korespondent 1 i jeden gość.

1) Przewodniczący powitawszy nowo obranego członka Tow. kol. Smoleńskiego i gościa Dra Friedmana z Geinfahrn pod Wiedniem, składa do biblioteki rozprawy nadesłane przez autora kol. Pieniążka: 1) *Untersuchungen über die Empfindlichkeit der Larynxschleimhaut*, 2) *Über interessante Fälle von Kehlkopferkrankungen*, 3) *Zur Casuistik der chronischen Blenorrhoe der oberen Luftwege*, 4) *Ueber die Ursachen und die Bedeutung der näselnden Sprache*, 5) *Einige Fälle von Nasenpolypen und deren Entfernung mit der Stahlschlinge*.

2) Przewodniczący zawiadamia Towarzystwo o stracie, jaką poniosło przez śmierć swego członka korespondenta Dra Franciszka Orłowskiego. Śp. Orłowski ukończywszy nauki lekarskie w Kazaniu oddawał się czas jakiś praktyce w oddalonych gubernijach Rosyi, powróciwszy przed kilku laty do Warszawy pracował z powodzeniem na polu praktyki prywatnéj i szpitalnéj, zasilał przytém artykułami „Gazetę Lekarską“ i zamieścił wiele artykułów popularnych w „Kuryjerze Warszawskim.“ W roku zeszłym obszerniejsza jego praca: „o chorobie syfilitycznéj w Syberyi“ wydrukowaną była w Pamiętniku Tow. Lek. Warszawskiego. Umarł dn. 18 marca 1879 w Warszawie w 44 roku życia. Zgromadzenie oddaje na wezwanie Przewodniczącego pamięci zmarłego cześć przez powstanie.

3) Kol. Przewodniczący zapytuje obecnych, czy nie mają do udzielenia jakich spostrzeżeń o chorobach obecnie panujących. Kol. Warschauer zapytuje, czy często się teraz błonica pokazuje, sam bowiem w przeszłym tygodniu leczył na Kleparzu jeden przypadek błonicy u dziecka, który się zakończył niepomyślnie, a w tym tygodniu wezwany został do téjże saméj rodziny w celu leczenia chorego chłopca, u którego znalazł wysięk błonicowy na migdałkach. Kol. Warszchauer zrobił spostrzeżenie, że błonica, jeżeli zaczyna się od migdałków, rzadziéj staje się śmiertelną w skutek ogólnego zakażenia, aniżeli wtenczas, gdy najprzód występuje w krtani lub innych częściach połyku. Początki dyfteryi są nieraz bardzo nieznaczne, przypomina sobie, że raz leczył dziecko dotknięte błonicą na Podgórzu, w tym samym pokoju bawił się mały brat chorego na podłodze, rodzice uważali go za zupełnie zdrowego, tymczasem kol. Warschauer zbadawszy gardło chłopca przekonał się że jest już błonicą zajęte. Rzeczywiście choroba ta rozszerzyła się późniéj i chłopiec umarł. Kol. Pieniążek zwraca uwagę na zdanie poważnego autora Dra Sidlo, lekarza pułkowego we Wiedniu, który uważa błonicę za chorobę lokalną nie zakaźną i wcale nie niebezpieczną, leczy ją skaryfikacyjami, które zdaniem Sidla zawsze mają w ciągu kilku dni chorobę usuwać; nie przeszkodziło to jednak wcale, że jeden z lekarzy wiedeńskich w ten sposób leczony umarł na błonicę. Kol. Pieniążek niejednokrotnie uważał u chorych leczonych ambulatoryjnie na migdałkach, rzadziéj na łukach podniebieniowych i na języczku małe błonki, szare, dające się z łatwością zeskrobać, co najwyżéj z utratą przyblonka; wyraźnéj utraty substancyi pod niemi nie było. (anatomicznie należałoby właściwie uważać to za dławiec, *croup*), przebieg téj postaci choroby był lekki ale tylko u osób dorosłych, dlatego w przypadkach takich rokował dobrze, leczenie jego ograniczało się do pociągnięcia roztworem kw. salicylowego i zalecenia tegoż do płókania; pomazanie saletranem srebrowym tylko przedłużało przebieg choroby. Przypadki takie uważaćby może należało za postać poronną błonicy, sama bowiem dyfteryja jest chorobą niezaprzeczenie ciężką. Być może, że Dr. Sidlo właśnie na takich przypadkach oparł swoje zdanie o błonicy, co tém prawdopodobniejsze, że doświadczenie swoje opierał wyłącznie na przypadkach dotyczących żołnierzy, ludzi zresztą zdrowych i w sile wieku będących. Co się tyczy stosunku dławca (*croup*) do błonicy, to mówca sądzi, że zachodzi między niemi różnica nie tyle jakościowa, jak raczéj ilościowa tak co do miejscowości, w których występują, jak i głębokości, w któréj osadza się wysięk chorobowy. Błonicę uważać należy za chorobę ogólną, ponieważ zwykle gorączka i towarzyszące jéj dreszcze poprzedzają o 2 lub 3 dni wybuch miejscowy choroby; ważném jest także zdanie Dra Kaposiego o błonicy, który płonicę i dyfteryję uważa za choroby identyczne. Kol. Pieniążek mniema jednak, że należy te dwie sprawy chorobowe uważać za odmienne, chociaż istnieją stany chorobowe przejściowe, w których dokładnéj granicy między płonicą i błonicą przeprowadzić trudno. Kol. Warschauer przypomina, że Dr. Sidlo nie tylko błonicę uważa za chorobę nie zakaźną, ale w ogóle przeczy istnieniu chorób zakaźnych a źródło ich upatruje w przeziębieniu; zdanie Sidla nie napotkało téż na zwolenników, a jego doktrynie dał należytą odprawę Dr. Bernstein. Mówca zgadza się z kol. Pieniążkiem, że rokowanie u dorosłych w błonicy jest o wiele lepsze niż u dzieci, nie przypomina sobie, aby kiedy stracił chorego dorosłego na błonicę; inni autorowie np. Lutze w Bawaryi przytaczają przypadki, gdzie i u dorosłych przebieg błonicy był bardzo złośliwy, połączony z silną gorączką, a zejście śmiertelne. Błonica występuje niewątpliwie w różnych postaciach, można ją pod tym względem porównać z gruźlicą. Co się tyczy środków zalecanych przeciw błonicy kol. Warschauer należy do skeptyków, bo jeżeli wielbią skutki kw. salicylowego, karbolowego, borowego, wody wapiennéj, wody pomięszanéj z wyskokiem (*Küchenmeister*) i innych środków leczniczych w dyfteryi, to należy przyznać że w błonicy lekkiéj pomagają wszystkie środki, w ciężkiéj żadne. Kol. Czerwiakowski przytacza dwa przypadki spostrzegane przezeń w Gleichenbergu, w których badając gardło pacyjentów znalazł zajęcie błonicowe migdałków, mimo że chorzy nie gorączkowali. Gorączka wystąpiła dopiero późniéj, w jednym przypadku na drugi dzień wieczorem, była zresztą nieznaczną, a przebieg choroby w obu przypadkach leczonych pomazaniem części dotkniętych saletranem

srebrowym był pomyślny i krótki. Równocześnie Dr. Hausen zauważył kilka przypadków błonicy w Gleichenbergu. Kol. Pieniążek nie chciał twierdzić stanowczo, że zawsze w błonicy ogólne zakażenie i gorączka poprzedzają objawy miejscowe, jest to jednak jego mniemanie, obecnie dostatecznych danych do stanowczego rozstrzygnięcia jeszcze nieznamy. W przypadkach kol. Czerwiakowskiego mogła być infekcyja tak słabą, że nie wywołała żadnego lub tylko zbyt małe podniesienie ciepłoty, aby mogło być dostrzeżoném. Kol. Czerwiakowski odpowiada, że w obu przypadkach w chwili dostrzeżenia objawów miejscowych choroby, ciepłomierz wykazał temperaturę zupełnie prawidłową, trudno zaś przypuścić, aby osoby leczone przez niego były tak zadczułe, żeby późniéj występującą lekką gorączkę odnieść do nadrażnienia wywołanego przez pomazanie saletranem srebrowym. Kol. Warschauer podnosi, że dotąd akta nad stosunkiem dławca do błonicy nie są zamknięte. Dotychczas pozostaje pytaniem, czy jest między dławcem a błonicą różnica. Obok różnicy w wypocinie, która w dławcu jest powierzchowną i daje się łatwo zdjąć z powierzchni błon śluzowych, a w błonicy zajmuje głębsze części błon śluzowych i przyprowadza je wreszcie do zgorzelinowego rozpadu, doświadczenie naucza, że są i inne różnice między temi chorobami i tak: zapalenie krtani dławcowe nie jest chorobą zakaźną, w błonicy cierpienie się szerzy, wywołuje objawy ogólne w całym ustroju, w dławcu sprawa chorobowa pozostaje miejscową, w *laryngitis crouposa* nie spostrzegamy téż wrzodów. Na dławiec bardzo rzadko w rodzinie zapada więcéj niż jedna osoba, przeciwnie błonica zwykle występuje u kilku osób razem mieszkających. Co się tyczy gorączki, to doświadczenie kol. Warschauera nie koniecznie przemawia za tém, żeby gorączka miała zawsze poprzedzać objawy miejscowe w błonicy. Przypomina téż sobie, że przed 16 laty, gdy błonica była mniéj znaną i mniéj częstą niż dzisiaj, Oppolzer w swych wykładach twierdził również, że nie zawsze błonicy towarzyszy gorączka, podobnież i białkomocz *(albuminuria)*. Kol. Ściborowski nie może się także zgodzić na zdanie Kaposiego o identyczności płonicy i błonicy. W bardzo dokładnie spostrzeganym przypadku płonicy bez wysypki *(scarlatina sine exanthemate)*, z zajęciem nerek, dotyczącym jego własnego syna, nie było pomimo zapalenia gardła żadnych złogów dyfterytycznych. Kol. Pieniążek sądzi, że odróżnienie *laryngitis crouposa* i *diphtheritica* w postaciach wybitnych jest ściśle możliwém, ogólnie mówiąc można powiedzieć, że w dławcu większe są zboczenia miejscowe a mniejsze ogólne, przeciwnie w błonicy. Również powszechnie twierdzą, że błonica jest zaraźliwą, dławiec zaś nie. Gerhardt jednak utrzymuje, że i czysty dławiec jest zaraźliwym. Najczęstsze są formy przejściowe, gdzie zazwyczaj zrazu występują objawy wybitnéj błonicy, późniéj wybitnego dławca; w tych stanowczéj granicy między obu temi stanami przeprowadzić niepodobna. W wielu przypadkach dławca widzianych w klinice prof. Wiederhofera, gdy zrobiono tracheotomiję, na ranach po tracheotomii okazywały się wysięki błonicowe. Co się tyczy gorączki to mówca widział, że w przypadkach silniejszych błonicy poprzedzała ona zawsze zwykle na parę dni wystąpienie zmian miejscowych, zresztą rzecz się może mieć podobnie jak w ostrych zakaźnych osutkach, gdzie zwykle także gorączka poprzedza wystąpienie osutki, niekiedy jednak, najczęściéj w odrze, wysypka zjawia się nagle nie poprzedzona gorączką. Zauważyć nadto należy, że nasilenie gorączki nie zostaje w prostym stosunku do zmian miejscowych na migdałkach, nieraz mimo małych zmian miejscowych gorączka jest bardzo silna i objawy ogólne bardzo znaczne, również często mimo rozległych spustoszeń w połyku i gardle gorączka jest bardzo słaba i objawy ogólne nieznaczne. Kol. Lustgarten opowiada przypadek błonicy krtaniowéj, który spostrzegał przed kilku tygodniami. W przypadku tym trudności oddechowych nie było, gorączka również bardzo mała, termometr okazywał 37,5.°, tętno jednak było przyspieszone. Błonica jeżeli się ogranicza do połyku, nie jest chorobą tak straszną, przeciwnie, gdy występuje w krtani, to czy ją poprzedza gorączka lub nie, prawie zawsze kończy się śmiercią. Co do odróżnienia dławca od błonicy zauważył kol. Lustgarten, że dławiec sprawia większe trudności oddechowe niż błonica, w dławcu zachrypnienie jest zupełne, w błonicy tylko w lżejszym stopniu w skutek obrzmienia strun głosowych. Kol. Warschauer podnosi, że dawniéj błonica, zwana wówczas wcale słusznie *angina gangraenosa*, była rzadką chorobą, natomiast w porze słotnéj, wilgotnéj dławiec często występował u dzieci, wówczas nie było jeszcze zwyczaju badać na błonicę; przed laty 16tu wyczytał pierwszy raz w dziele Niemeyera, że w dławcu zwykle się znajdują owrzodzenia w jamie ustnéj, od owego czasu badał zawsze jamę ust u dzieci dotkniętych dławcem, przekonał się jednak że w przypadkach samoistnego zapalenia dławcowego krtani owrzodzeń tych w gębie nie było; Niemeyer miał widocznie do czynienia z postaciami mięszanemi. Dawniéj robiono w dławcu częściéj tracheotomiję i procent przypadków pomyślnych był wcale korzystny, późniéj w błonicy rękoczyn ten rzadziéj wykonywano, mimo to procent śmiertelności był niekorzystny. Prawdopodobnie nie tylko wyobrażenia nasze o chorobie ale i choroba sama zmienia się z biegiem czasu. Kol. Warschauer opowiada wreszcie jeden przypadek błonicy, w którym rodzice dziecka dotkniętego chorobą żądali wykonania tracheotomii; Kol. Warschauer był jéj przeciwny, ale dokonał jéj wezwany do narady śp. Gilewski mniemając, że może mieć skutek pomyślny. Operacyja dokonaną była szczęśliwie i nastąpiło polepszenie w stanie zdrowia operowanego dziecka, mimo to w 11 dni po operacyi umarło ono w skutek błonicy rany po tracheotomii. Kol Rosner namienia, że czytał niedawno w jedném z pism lekarskich niemieckich artykuł, w którym autor zaleca wykonywanie tracheotomii wcześnie w błonicy, rana przytém ma być opatrywana sposobem Listra, a wówczas dyfteryja rany nie ma się pojawiać.

Ponieważ koledzy, którzy zapowiedzieli odczyty, dla ważnych przyczyn na posiedzenie przybyć nie mogli,
na tém posiedzenie zakończono. *Dr. Skórkowski.*

Komisyja balneologiczna Towarzystwa lekarskiego krakowskiego.

Posiedzenie II z dnia 21 stycznia 1879.

Dr. Zieleniewski odczytał dalszy ciąg swéj pracy o Krynicy, poczém Dr. Blatteis odczytał pismo Dra Warschauera, który nie mogąc być obecnym na posiedzeniu nakreślił kilka uwag zmierzających do tego, aby sprawozdania ze zdrojowisk były opracowane nie tylko pod względem statystycznym, ale aby w takowych poruszano i wyjaśniano kwestyje w nauce sporne. Między innemi lekarze zdrojowi w Krynicy mogliby zwrócić uwagę na buczenie w żyłach szyjnych, do czego mają tam wiele sposobności, gdyż zjawisko to pojawia się w niedokrewności, a jednak nie zawsze za nią przemawia, albowiem widzimy nieraz czerstwe osoby, budowy silnéj a nawet olbrzymiéj, mianowicie żołnierzy zupełnie zdrowych, u których buczenie w żyłach szyjnych bywa bardzo głośne. Wiadomo, że najczęściéj bywa słyszaném po prawéj stronie szyi, rzadziéj po lewéj, a najrzadziéj po obu stronach. Wiadomo, że dawniéj radzono (Hamernik, Dietl) zwrócić twarz w przeciwną stronę, i tak jeżeli miano badać stronę prawą szyi, to radzono zwrócić twarz ku stronie lewéj, obecnie Guttmann radzi zachować zwykłą postawę twarzy. Koledzy praktykujący w Krynicy mogliby w tym względzie podać bliższe wyjaśnienia, mając po temu tak znaczny materyjał. Przy tém źródle możnaby się również spotkać z chorobą jeszcze nie dosyć wyjaśnioną, zwaną niedokrewnością postępową złośliwą (*anaemia perniciosa progressiva*).

Prof. Korczynski zgadza się w zasadzie ze zdaniem Dra Warschauera, że szmery żylne mogą stanowić temat do umiejętnéj i systematycznéj pracy, opartéj na ścisłych spostrzeżeniach klinicznych, sądzi jednakże, że w obec prac dawniejszych i nowszych na tém polu istniejących, trzebaby wystąpić z bardzo znaczną liczbą przypadków przez czas bardzo długi i wśród rozmaitych warunków spostrzeganych. Skoro nadto spostrzeżenia Arana odnoszące się do przeszło 600 przypadków, Wintricha obejmujące 600 przypadków, Dickorego opierające się na 300, a najnowsze Weila na 600 przypadkach, nie zdołały rozstrzygnąć wielu spornych kwestyj i wyrobić jednolitego zdania o znaczeniu semiotyczném szmerów żylnych, to w pracy przedsiębrać się mającéj trzebaby jak najszczegółowiéj dociekać warunków, wśród których szmery żylne powstają a wzglę-

dnie znikają i jak najskrzętniéj badać krew tak co do ilości ciałek krwi, jakotéż hemoglobinu. W wyjątkowych przypadkach, gdzie szmery nad żyłą szyjną lewą są wyraźniéjsze aniżeli nad prawą, wartoby zwrócić uwagę na rozmiary tętnicy dogłowowéj i podobojczykowéj lewéj, a to w celu przekonania się, czy domysł jakoby większa wyraźność szmerów po stronie lewéj pochodzić mogła od wąskości tętnicy dogłowowéj przy prawidłowych rozmiarach żyły szyjnéj wspólnéj, wypowiedziany przez prof. Korczyńskiego (Przegl. Lek. 1878, str. 47), sprawdzi się na większym szeregu przypadków. W każdym razie dla lekarzy w zdrojowiskach a w szczególności w Krynicy praktykujących nastręcza się wiele innych tematów tém ponętniejszych, o ile dotyczą bezpośrednio ich specyjalności. Tu należą wszelkie badania odnoszące się do zachowania się przemiany pierwiastków pod wpływem czynników balneoterapeutycznych, zmian w ilości i jakości krwi, przeziewu skórnego, jakości tętna, wydzielania składników moczu i t. p. Uwzględnić jednakże należy, że badania tego rodzaju są żmudne, wymagają wiele czasu i zachodu, a nadewszystko, że wykonać się dadzą na większy rozmiar dopiero wtedy, gdy zdrojowiska nasze posiadać będą szpitale zdrojowe.

Dr. Blatteis namienia, że w Krynicy bada od lat kilku buczenie w żyłach, jednak dotąd nie doszedł do żadnego pewnego rezultatu, gdyż objaw ten nie zawsze przydarza się w niedokrewności, a co więcéj nie jest stałém zjawiskiem nawet u tych samych osób. Buczenie w żyłach u zupełnie zdrowych uważa za objaw poczynającéj się niedokrewności. Nadto przekonał się, że buczenie utrzymuje się dłuższy czas po usunięciu niedokrewności.

Wracając do artykułu przez Dra Zieleniewskiego odczytanego Przewodniczący prosi, aby cały ustęp dotyczący zdrojowiska w Żegiestowie i sposobu napełniania wody żegiestowskiéj do flaszek nie był drukowany, albowiem takowy zawiera liczne ustępy, które nie zgadzają się z celami i zadaniem Komisyi balneologicznéj. Po dłuższéj dyskusyi, która głównie odnosiła się do porównania składu chemicznego wody krynickiéj i żegiestowskiéj odmiennym sposobem korkowanéj, Komisyja balneologiczna życzenie Przewodniczącego przyjmuje jako uchwałę, poczém Dr. Zieleniewski oświadcza, że zastanowi się, czy będzie się mógł poddać téj uchwale.

W zastępstwie sekretarza *Dr. Skórczewski.*

V. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Cyrulicy na prowincyi. Ze źródła kompetentnego dowiadujemy się, że t. zw. cyrulicy w miastach mniejszych Galicyi nie tylko, że prowadzą rzemiosło swoje po dawnemu, ale przeciwnie rozzuchwalili się i dopuszczają się nadużyć rozmaitych, a to z powodu, że w braku odpowiedniéj ustawy brak zupełny kontroli nad nimi, że władze rozmaicie się zapatrują na ich działalność, a ztąd nie tylko lekarze praktyczni, ale i lekarze rządowi są w obec nich całkiem bezsilnymi. Ponieważ wyuzdane to partactwo szkodzi niezmiernie nie tyle lekarzom, ile publiczności cierpiącéj, byłby czas, aby nad tą ważną kwestyją nareszcie zastanowiono się, a przedewszystkiém zwracamy się do krajowéj Rady zdrowia, aby rozpatrzywszy się w stosunkach na prowincyi, zechciała czém prędzéj wygotować odpowiedni projekt ustawy.

* W sprawie nowo urządzonego pawilonu dla obłąkanych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, otrzymujemy od jednego z kolegów szpitalnych następujące uwagi, prostujące w znacznéj części korespondencyję umieszczoną w numerze przeszłym:

„Czytałem, że pawilon dla obłąkanych jest pod każdym względem drogocennym nabytkiem dla kraju naszego, a dla chorych pod każdym względem wzorowym. Rzeczywiście jest on drogocennym dla kraju, bo kosztuje prawie 100,000 zła., ale czy jest wzorowym dla chorych, to inne pytanie. Nie śmiem pytać się, gdzie jest front owego „okazałego gmachu," chociaż z porównania z innemi pawilonami i szpitalem dawnym wynika, że jako front mamy prawo uważać stronę północną, w któréj są „sale dla chorych widne, wysokie i obszerne," a nie stronę południową, po któréj znajdują się obszerne, w zimie ogrzewane korytarze. Cały pawilon przypomina nieco więzienie z powodu grubych, podwójnych krat, sterczących przed oknami. Podczas gdy wszędzie staraniem jest budownictwa, aby szpital dla chorych na umyśle robił wrażenie najmilsze tak dla chorych, jako dla otaczających, podczas gdy powszechnie zgodzono się, aby kraty (jeżeli już koniecznie istnieć mają) były jak najmniéj widzialnemi i rażącemi, w pawilonie tutejszym wcale o to nie dbano, lecz przeciwnie okazawszy je w całéj swéj nagości, utrudniono nawet zamaskowanie ich kwiatem lub powojem, umieściwszy je na zewnątrz przed oknami, które się otwierają na wewnątrz. Urządziwszy nadto korytarze od strony wejścia do pawilonu, dało się ciekawym i nieciekawym widok smutny chorych wyglądających z po za grubych krat.

W gmachu samym słychać ciągle śpiewy, hałasy itp. objawy złego lub dobrego humoru chorych. Pochodzi to z nieodpowiedniego podziału i urządzenia ubikacyj. Na dole są chorzy niespokojni, a sale i korytarze są tak zbudowane, że najmniejszy szmer rozchodzi się po całym gmachu, a nawet dochodzi do sąsiednich oddziałów szpitalnych. Separatki są tak niestósownie urządzone, że każde uderzenie chorego o drzwi rozlega się jak najpiękniejsze echo, że przewietrzenie ich jest prawie niemożebném, okna bowiem po za niemi umieszczone otwierają się pod kątem do góry i na wewnątrz; niema téż w nich ścieków. — Tusze w celu leczniczym nie są do użycia, tusz bowiem deszczowy rozpryskuje się zanadto, a gruby jest zanadto mocny. — Zapewne téż żaden zakład na świecie nie rozporządza tak wielką ilością kluczy, jak nowy nasz pawilon. Mamy np. 2 klucze do tuszów, 4 do wodociągów, 1 do okien, 1 do pieców, 1 do gazu, 1 do wanien, 1 do wychodków itd., razem kluczy 12; a przecież 2 klucze byłyby dostatecznemi. W pawilonie, przeznaczonym głównie dla chorych gwałtownych, drzwi powinny się raczéj odmykać na zewnątrz, a nie na wewnątrz. Schody tak główne jako i poboczne dla służby, nie mają ściany środkowéj murowanéj, tylko są lekko w powietrzu zawieszone, ostatnie są nawet kręte i za wąskie, a przecież po tych właśnie schodach prowadzi się chorych do łazienek, a co najgorsza, że schody te, na których człowiek zdrowy zawrotu doznać może, oddzielone są od oddziału drzwiami szklanemi o szybach wielkich. — Dziwnym zbiegiem okoliczności obok pokoi przeznaczonych dla klasy I umieszczony jest wychodek dla całego zakładu, a przedsionek prowadzący do pierwszych i do ostatniego jest drzwiami zamknięty, tak że o wentylacyi mowy niema, a więc przystęp do klasy I szczególnym sposobem odznacza się wonią najprzykrzejszą.

Sale są za duże, niektóre mieszczą po 10 łóżek. Pomijając okoliczność, że łóżka są tak ustawione, iż chorzy ciągle się patrzą w okna, to przez urządzenie sal wielkich uniemożebniono oddzielanie chorych i odosabnianie, tak aby jeden drugiego nie narażał na pewne nieprzyjemności. W całym pawilonie niema ubikacyi, gdzieby można chwilowo umieścić szaleńca uspokojonego, (w separatce chory przebywa tylko podczas napadu), nie ma pokoju dla chorego zanieczyszczającego się, dla konającego, ani pokoju, w którymby zmarły mógł pozostać w łóżku przez przepisane 2 godziny; wszystko odbywa się w obecności innych chorych, którzy przypatrywać się téż muszą walce między służbą a szaleńcem, którego wypada odprowadzić do separatki.

W ogóle przy budowie szpitala zapomniano o tém, że oddział dla obłąkanych w Krakowie według statutu jest zakładem leczniczym *(Heilanstalt)*, gdyż wybudowano pawilon jakoby przeznaczony dla przytuliska (*Pflegeanstalt*). W takiém przytulisku może sypiać i po 15 osób w jednéj sali, może leżeć 10 paralityków zanieczyszczających się, gdyż z łatwością można zebrać odpowiednie towarzystwo; w pawilonie krakowskim przeciwnie jeden paralityk zajmować musi pokój przeznaczony dla kilku chorych, bo trudno narażać innych chorych na różne nieprzyjemności.

Szpital nowy wyróżnia się korzystnie od szpitala św. Ducha, że ma dobre powietrze, dosyć światła, a obecnie ma i dosyć miejsca, bo jest zbudowany na 60 chorych. Inne pytanie, czy tych zalet będzie można dopatrzyć się, jeżeli konieczność nakaże pomieścić podwójną liczbę chorych; wszak i szpital św. Ducha wtedy, gdy w 18 pokojach mieścił 20 chorych, był wzorowym, a przestał nim być, gdy przebywało tam przeszło 50 chorych."

Uwagi Redakcyi: Otrzymawszy uwagi powyższe, sprzeczne z opisem przesłanym nam przez innego kolegę szpitalnego, a ogłoszonym w numerze poprzednim, udaliśmy się na miejsce, gdzie z grzeczności kol. Neussera, prymaryjusza oddziału dla obłąkanych, mieliśmy sposobność rozpatrzenia się we wszystkich

szczegółach, a wynieśliśmy wrażenie takie, że zakład obecny ma się do zakładu dawniejszego, jak wieki średnie do czasów nowszych, że więc o porównaniu go z zakładem u św. Ducha wcale mowy być nie może, ponieważ w rzeczy saméj na pierwszy rzut oka przypomina nowsze zakłady zagraniczne, wzniesione według pojęć tegoczesnych. Po dokładném rozpatrzeniu się atoli przyznać musimy, że uwagi w powyższéj korespondencyi podane są niestety uzasadnione, i że wady w niéj wytknięte w rzeczy saméj istnieją. Niektóre z nich, jako tkwiące w samym planie budowy, zapewne nie dadzą się usunąć; po największéj części atoli z niewielkim nakładem usunięte być mogą. Smutna to zapewne rzecz, jeżeli w gmachu nowym bezpośrednio po oddaniu go na użytek publiczny okazuje się nagląca potrzeba zmian, ale to u nas jest na porządku dziennym, skoro się zawczasu nie radzą znawców kompetentnych. W żadnym nowszym zakładzie nie znajdzie podobnych krat, podobnych natrysków, tylu szyb i kluczów, co w nowym pawilonie tutejszym. Jak w oddziale chirurgicznym narzędzia do operacyj, tak w pawilonie w mowie będącym znaleźliśmy w szafie całą kolekcyję kluczy, a potrzeba wielkiéj wprawy, aby na prędce wybrać klucz potrzebny i nie być zmuszonym odbyć wędrówki li dla kluczów. Do popełnienia samobójstwa lub samookaleczenia się obłąkany znajduje w zakładzie znaczne ułatwienie, potrzebuje tylko wybić szybę dużą i dostać się na schody kręte; a że pokusa ta jest wielką, dowodzi fakt, że chory pewien już wytłukł kilkanaście szyb a przy téj sposobności zadał sobie kilka ran w odnogi górne; chorego tego zastaliśmy z różą, która do ran się przyplątała. — Sekundaryjusz zakładu ma mieszkanie nierównie lepsze od kolegów swych na innych oddziałach, zwłaszcza w starym gmachu się mieszczących, ale za to nie ma znów osobnego wychodka. Powtarzamy, wiele z tych urządzeń niestósownych da się jeszcze usunąć, a w takim razie pawilon nowy, jakkolwiek nie wzorowy, będzie przecież celowi swemu odpowiednim i dlatego zwracamy uwagę Władz na te usterki.

* W skutek zmian poczynionych w szpitalu św. Łazarza w Krakowie, a koniecznych z powodu zniesienia szpitala św. Ducha, oddział chirurgiczny mieści się obecnie na 2giém piętrze starego gmachu i zajmuje całe to piętro z wyjątkiem dwóch salek połączonych osobnemi schodami z oddziałem chorób wenerycznych. Położenie oddziału chirurgicznego jest zatém o tyle lepsze od dawniejszego, że cały oddział znajduje się na jednym poziomie, co ułatwia komunikacyję i przyczynia się do dokładniejszego nadzoru chorych i służby niższéj, nadto możebném się stało obecnie urządzenie sali operacyjnéj pomiędzy oddziałem męzkim a żeńskim. Przy téj sposobności oddział doznał także powiększenia, albowiem gdy dawniéj było tylko miejsce na 64 chorych, obecnie oddział obejmuje łóżek 80.

Z drugiéj strony atoli wielce niekorzystną jest właśnie okoliczność, że oddział chirurgiczny musiano pomieścić na 2ém piętrze, podczas gdy zazwyczaj oddziały takie mieszczą się na dole, ponieważ transport chorych tego rodzaju jest najtrudniejszym, nadto w lecie niepodobna chorych przenosić z łóżkami do ogrodu, co stanowi wielką szkodę dla ciężko rannych i operowanych. Zresztą przy systemie korytarzowym przypływa ciągle powietrze z dolnych piętr, które są zajęte przez chorych wcale dla rannych nieobojętnych, jak np. przez chore na gorączkę połogową itd. Dlatego uważać należy za jeden z najkardynalniejszych błędów wybudowanie domu dla administracyi zamiast pawilonu chirurgicznego, bo administracyja snadnie w gmachu starym mogła znaleść pomieszczenie. Wychodki są okropne, pocieszać się jednak można tém, że takowe stanowią rodzaj barometru szpitalnego, bo ile razy zanosi się na zmianę pogody, tyle razy korytarze starego gmachu przepełnione są wonią wychodków.

* Statystyka małżeństw. Na 10,000 mieszkańców więcéj niż lat 15 liczących pozostaje w związku małżeńskim: w Węgrzech 6475, we Francyi 5566, w Anglii 5398, w Austryi 5271, we Włoszech 5270, w Danii 5191, w Niemczech 5107, w Norwegii 5065, w Szwecyi 4952, w Holandyi 4940, w Szkocyi 4678, w Belgii 4634, w Szwajcaryi 4582, w Irlandyi 5313. (*W. allg. med. Ztg.* Nr. 16).

Statystyka epidemij. Ospa łagodnieje w Londynie, umarło 12, leczy się w szpitalach 250; świeżo zapadło na ospę 37. Także w Wiedniu i w Paryżu mniéj umarło z ospy, więcéj w Petersburgu, tyle co w zeszłym tygodniu umarło w Budapeszcie. W Pradze i Barcelonie umarło z ospy 3, w Tryjeście 2, w Genewie i Odesie po 1. W Królestwie Polskiém w gubernii Radomskiéj i Piotrkowskiéj panuje także ospa. Odra i dławiec zabierają wiele ofiar w Budapeszcie.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 15 (od 6 do 12 kwietnia) umarło w Krakowie osób 28; męż 14 i kob. 14; w obwodach 6 i w szpitalach 22; roczna śmiertelność na 1000 wynosiła 25,8; w Warszawie 19,0; w Wiedniu 23,7; w Pradze 49,3; w Bazylei 27,9; w Paryżu 31,0; w Londynie 25,7; w Kopenhadze 28,0; w Chrystyjanii 16,1; w Odesie 39,2; w Berlinie 26,6; w Wrocławiu 32,9; w Dreznie 17,4; w Lipsku 25,0. W tymże czasie umarły 2 osoby z chorób zakaźnych w Krakowie: 1 z duru brzusznego, 1 z róży. W tygodniu 16 doniesiono o następujących chorobach zakaźnych: 1 dławca (z Kleparza l. 111), 1 płonicy (z ul. Karmelickiéj l. 54). *J. B.*

VI. Wiadomości bieżące.

* **Kraków**, dn. 24 Kwietnia. Na posiedzeniu Wydziału matematyczno-przyrodniczego Akademii Umiejętn., odbytém w d. 21 bm. prof. Teichmann wyłożył rzecz o nowym, przez siebie wynalezionym sposobie użycia kitu szklarskiego do nastrzykiwania naczyń krwionośnych i innych przewodów. W rozprawach nad tym przedmiotem wzięli udział: prezes Majer, Drowie Kopernicki, Oettinger i Czyrniański.

* Protomedyk Biesiadecki powrócił w poniedziałek wieczór do Lwowa, witany na dworcu kolei przez grono przyjaciół i kolegów. Ze Lwowa uda się protomedyk temi dniami do Wiednia, celem zdania sprawy w ministerstwie spraw wewn., i podobno zabawi dzień w Krakowie.

* Prof. kliniki lekarskiéj Dr. Korczynski mianowany został członkiem honorowym Towarzystwa balneologicznego w Odessie.

* Współpracownik nasz Dr. L. Rydygier zrzeka się docentury chirurgii w Jenie, obejmując własną klinikę prywatną dla chorób chirurgicznych w Chełmnie, nowo wybudowaną w pięknem położeniu i urządzoną na 30 łóżek.

* **Wiedeń**. Na 441szém posiedzeniu Izby deputowanych Rady państwa we Wiedniu poseł Hausner poruszył kwestyję uzupełnienia uniwersytetu lwowskiego wydziałem lekarskim. Z odpowiedzi atoli ministra oświaty wynika, że rząd obecnie nie ma zamiaru tworzenia ani nowych uniwersytetów, ani nowych wydziałów, i że w danym razie Morawa przedewszystkiém uwzględnioną zostanie.

* **Berlin**. Na pierwszém posiedzeniu 8go Zjazdu chirurgów niemieckich, odbytém w d. 16 bm., przewodniczący prof. Langenbeck odczytał pismo Cesarzowéj Augusty następującéj treści: „W nowszych czasach dyfteryja szerzy się coraz więcéj, a występuje ona w niektórych miejscach śród objawów, które godne są szczególnego zastanowienia. W nieszczęściu familijném, które Nas nawiedziło, znajdujemy pobudkę do zajmowania się tą sprawą. Chodzi głównie o to, aby pod względem téj choroby zjednoczyć badania chemii, medycyny i chirurgii. Gdy ostatnia ściągnęła tu najznakomitszych przedstawicieli nauki, mniemałam, że wypada mi udać się do Panów, abym jako przedstawicielka i w imieniu damskiego stowarzyszenia szpitalnego ustanowiła nagrodę międzynarodową, któraby w ciągu roku udzieloną być mogła téj pracy, któraby owo zadanie jak najlepiéj rozwiązała. Berlin 15 kwietnia 1879 r. Augusta".

Od sprawozdania z pierwszego posiedzenia wstrzymujemy się z powodu, że mamy zapewnione ogólne zdanie sprawy ze Zjazdu chirurgów, które w jednym z następnych numerów Przeglądu Lek. umieścimy.

* **Mianowania i odznaczenia**. Nadzw. profesor w Wrocławiu Dr. Freund zamianowany prof. zw. położnictwa w Strasburgu. — Docent uniw. wiedeńskiego Dr. Ultzmann otrzymał od francuskiego ministerstwa oświaty tytuł „*Officier d'Académie*". — Docenci Drowie Brouardel i Laboulbène mianowani zostali profesorami w wydziale lek. w Paryżu, pierwszy medycyny sądowéj, ostatni historyi medycyny.

* Dowiadujemy się właśnie, że przy t. zw. awansie majowym postąpili na starszego lekarza sztabowego 2iéj kl. dotychczasowy lekarz sztabowy Dr. W. Derblich (obecnie w Pradze),

lekarz pułkowy 2iéj kl. Dr. Franciszek Danek (w Krakowie), na lekarza pułk. 1éj kl., a lekarze starsi Dr. Rudolf Lewandowski (w Wiedniu) i Dr. Aleksander Wysocki na lekarzy pułk. 2éj kl.

* **Wiadomości osobowe.** Z obrony krajowéj przeniesieni zostali do armii czynnéj jako zawodowi lekarze wojskowi: lekarze starsi Drowie Leon Półtorak, Eugieniusz Mironowicz, Albin Padalewski. August Soika i Józef Schorr (ostatni do szpitala wojskowego w Krakowie).

* **Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:**

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 15: Heringa: O operacyi polipów krtani; Zieleniewskiego: O ruchu i rozwoju Krynicy (c. d.); Nr. 16: Heringa: O operacyi polipów krtani (c. d.); Wygrzywalskiego: Z zapisek szpitalnych (dok); w *Medycynie* Nr. 16: Gajkiewicza: Obecny stan wiedzy o umiejscowieniach czynności i zboczeń mózgowych (c. d.); Talki: Badanie nieczułości na barwy u służby dróg żelaznych (c. d.).

Redakcyja otrzymała:

Dra KOEHLERA (z Kościana): Pielęgnowanie skóry, włosów i zębów. Warszawa 1879. (Osobne odbicie z dwutygodnika „Zdrowie") in 8vo, str. 31.

Dr. WEISSENBERG: Das Jod- u. Bromhaltige Soolbad Königsdorff- Jastrzemb in Oberschlesien. Berlin 1879, A. Hirschwald, in 8vo, str. 70.

Dr. A. JURASZ (w Heidelbergu): Beiträge zur laryngopathologischen Casuistik. (Osobne odbicie z Nru 14 i 15 *D. med. Woch.* 1879.) in 8vo, str. 10.

Dr. G. KOTTOWITZ: Neuester Führer im Kurorte Ischl. Wien 1879, O. Maass, in 8vo, str. 42.

Komisyja balneologiczna Tow. lek. krak. odbędzie we Środę dnia 30go b. m. o godz. 5 popołudniu posiedzenie, na którém: 1) Prof. Dr. Olszewski przedstawi wynik rozbioru chemicznego kilku zdrojów krynickich dotychczas chemicznie nie rozbieranych, 2) Dr. Skórczewski poczyni uwagi nad stacyjami klimatycznemi Gries, Meran, Arco i Wenecyja.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem Ign. Stelcla.